



SÍFILIS: UMA ABORDAGEM GERAL

Ana Carolina Zschornak da Silva¹; Simone Martins Bonafé²

RESUMO: A Sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema Pallidum* a qual pode ser transmitida via sexual ou de forma vertical durante a gestação. É uma patologia que, apesar de ser conhecida desde o século XV, ainda constitui um grande problema de saúde em diversos países. É caracterizada por períodos de latência e atividade, possuindo acometimento sistêmico disseminado e podendo evoluir, caso não tratada ou tratada inadequadamente, para formas mais graves. O diagnóstico pode ser feito por meio de testes laboratoriais e no tratamento, realizado principalmente com penicilina, preconiza-se a abordagem tanto do paciente quanto do parceiro. O uso de preservativo, políticas públicas educacionais bem como o acompanhamento do pré-natal são cruciais para a efetiva prevenção da sífilis e da sífilis congênita respectivamente.

PALAVRAS-CHAVE: doença sexualmente transmissível; sífilis; sífilis congênita; treponema.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa crônica a qual tem como agente etiológico o *Treponema pallidum* e pode acometer diversos sistemas e órgãos, como pele, fígado, coração e sistema nervoso central. Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV e disseminou-se pelo mundo transformando-se em uma doença endêmica no século XIX (AVELLEIRA, et al, 2006). Com o grande desenvolvimento da medicina neste século bem como da farmacologia, a implantação da penicilina viria para dar fim a esta doença, porém em 1960 com a criação dos métodos anticoncepcionais orais e a revolução do comportamento sexual, o número de pessoas infectadas pelo *Treponema pallidum* voltou a aumentar e, em 1970, com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tornou-se mais preocupante ainda a criação de estratégias para o combate desta enfermidade (CONTRERAS, et al, 2008). Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de 2 milhões de gestantes, estariam infectadas pelo *Treponema pallidum* e atualmente observa-se ainda uma tendência de aumento da incidência de sífilis e de sífilis congênita em todo o mundo, provando que há uma grande necessidade de se aprofundar mais nos métodos de prevenção e controle desta doença (SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2008).

2 MATERIAL E MÉTODOS

A informação foi procurada na base de dados SciELO, web sites especializados (www.aids.gov.br/sifilis) bem como em artigos de revistas e referências de texto,

¹Acadêmica de Medicina, UniCesumar, Maringá, Paraná. ana_schorna@hotmail.com

²Docente de Medicina do UniCesumar, Maringá, Paraná. drasimonebonafe@terra.com.br

principalmente a partir dos últimos cinco anos. O resultado dessa busca resultou em 6 referências, focalizando estudo ecológico observacional, artigos de revisão e guia clínico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 AGENTE ETIOLÓGICO E ETIOPATOGENIA

A sífilis tem como agente transmissora bactéria *Treponema pallidum*. Este é patógeno divide-se transversalmente a cada 30 horas. A penetração no organismo humano se dá por pequenas lesões decorrentes da relação sexual. Uma vez dentro, o treponema atinge o sistema linfático regional e vai para outras partes do corpo por disseminação hematogênica (AVELLEIRA, et al, 2006). Como resposta de defesa localmente tem-se uma erosão e exulceração no ponto de inoculação e sistemicamente há a produção de complexos imunes circulantes os quais podem se depositar em qualquer órgão (CONTRERAS, et al, 2008).

3.2 TRANSMISSÃO

A sífilis pode ser transmitida principalmente via sexual (adquirida) e verticalmente (congenita) da mãe para o feto (AVELLEIRA, et al, 2006). Há também outras transmissões atípicas, como o contato com objetos contaminados e transfusão sanguínea. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesão secundária) é responsável por 95% dos casos (CONTRERAS, et al, 2008).

3.3 QUADRO CLÍNICO

Clinicamente, a evolução da sífilis alterna com períodos de atividades e latência, sendo que os períodos de atividade apresentam características específicas de cada fase da doença, a qual é dividida em Sífilis Primária, Secundária e Terciária, Sífilis Latente e ainda, com relação ao período em que foi feito o diagnóstico, Sífilis Recente (diagnóstico é feito até um ano depois da infecção) e Sífilis Tardia (diagnóstico é feito após um ano da infecção) (AVELLEIRA, et al, 2006).

3.4 SÍFILIS PRIMÁRIA

É caracterizada por uma lesão específica, o cancro duro que surge no local da inoculação (95% dos casos na região genital) em média 3 semanas após a infecção. No homem a lesão é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio e meato uretral e na mulher nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino (CONTRERAS, et al, 2008). Extragenitalmente é mais comum na região anal, boca, língua e região mamária. O cancro duro é uma pápula rósea que evolui para vermelho mais intenso e exulceração, além disso, é, geralmente, único, indolor, com bordas induradas que descem até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso e praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais. Após uma ou duas semanas há uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolores (AVELLEIRA, et al, 2006). O cancro regride espontaneamente entre 4 a 5 semanas sem deixar cicatriz.

3.5 SÍFILIS SECUNDÁRIA

Após 6 a 8 semanas de latência a doença entra novamente em atividade. Nesta fase, o acometimento estará localizado na pele e órgãos internos correspondendo à distribuição do treponema pelo corpo. Na pele, as lesões ocorrem em surtos e de forma simétrica podendo estar sob forma de máculas eritematosas que duram pouco tempo. Novos surtos ocorrem com lesões papulosas eritemato-acobreadas, arredondadas, de superfície plana, recobertas por discretas escamas e mais intensas na periferia (CONTRERAS, et al, 2008). A localização dessas lesões se dá principalmente nas regiões plantares e palmares. Na face, as pápulas localizam-se em torno da boca e nariz. Na região inguinocrural, as pápulas podem tornar-se vegetantes e maceradas (ricas em treponemas contagiosos) devido à umidade e atrito. A sífilis secundária é acompanhada de poliadenomegalia generalizada e possui alguns sintomas inespecíficos como: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaleia, meningismo, artralgias, mialgias, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia (AVELLEIRA, et al, 2006).

3.6 SÍFILIS TERCIÁRIA

Caracteriza-se por lesões localizadas em pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Geralmente as lesões terciárias formam granulomas destrutivos com ausência de treponemas. Ossos, fígado e músculos também podem ser acometidos. As lesões são solitárias, endurecidas, assimétricas, com bordas bem marcadas com tendência à cura central (CONTRERAS, et al, 2008). Na sífilis cardiovascular, os sintomas aparecem entre 10 a 30 anos após a infecção inicial. O principal acometimento é a aortite, principalmente na aorta ascendente. Na neurosífilis, o treponema chega às meninges 12 a 18 meses após a infecção. Pode ser sintomática ou assintomática. As complicações estão entre as meingéias agudas (principalmente em pacientes com HIV), a neurosífilis parenquimatosa, que pode apresentar-se como uma paralisia geral progressiva e, além disso, pode aparecer um quadro de neurosífilis gomosa com sintomatologia localizada e semelhante à dos tumores cerebrais ou medulares (AVELLEIRA, et al, 2006).

3.7 SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical) (SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2008). Geralmente, é mais agressiva na fase inicial da gestação, o que leva o bebe a uma maior exposição ao treponema. A contaminação do feto pode ocasionar aborto, óbito fetal e morte neonatal (ARAUJO, et al, 2012). Aproximadamente 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento. O quadro pode se estabelecer antes dos 2 anos (sífilis congênita precoce) ou depois dos 2 anos (sífilis congênita tardia). Os principais sintomas são: lesões cutâneo-mucosas (exantema maculoso) principalmente na face e extremidades, lesões bolhosas, fissuras periorais e anais. Na sífilis congênita tardia as lesões são irreversíveis caracterizadas por: fronte olímpica, palato em ogiva, tibia em sabre, dentes de Hutchinson e molares em amora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

3.8 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E TRATAMENTO

O diagnóstico pode ser feito com exames de prova direta (Campo Escuro, Pesquisa com material corado e Imunofluorescência direta) e de provas sorológicas

(Testes não treponêmicos como o VDRL e Testes Treponêmicos como o FTA-ABS) (SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2008). Também o Exame de Líquor no caso da Neurosífilis (AVELLEIRA, et al, 2006).

O tratamento da Sífilis é feito com Penicilina Benzatina (Benzetacil), abordando-se tanto o paciente quanto o parceiro. Segue o seguinte esquema do Ministério da Saúde:

Sífilis Primária - Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única;

Sífilis Secundária ou Latente Recente - Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.4MUI;

Sífilis Terciária, Sífilis Latente tardia e Sífilis Latente de tempo desconhecido - Penicilina benzatina 7.2MUI, IM, em três doses semanais de 2.4MUI e Neurosífilis com Penicilina Cristalina EV.

Sífilis Congênita: Em mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser com penicilina cristalina 50.000UI/kg/dose, EV, duas vezes ao dia se tiver menos de uma semana de vida e três vezes ao dia se tiver mais de uma semana de vida, por 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/kg, IM, por 10 dias.

4 CONCLUSÃO

A sífilis é uma doença cujo tratamento e controle é imprescindível para romper-se a cadeia de transmissão do treponema. São necessárias mais políticas públicas que incentivem o uso do preservativo, o cuidado com materiais perfuro cortantes e o acompanhamento do pré-natal pra que maiores complicações sejam evitadas. Também se faz necessária o aconselhamento do paciente procurando mostrar a importância da comunicação com o parceiro e a preparação e planejamento das equipes de saúde no combate a esta doença.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Educação Médica Continuada**, Rio de Janeiro, n. , p.111-126, 2006.

CONTRERAS, Eduardo; 2, Sandra Ximena Zuluaga; OCAMPO, Vanessa. Sífilis: um grande imitador. **Infectio**, Bogotá, n. , p.1-11, 02 abr. 2008.

EPIDEMIOLÓGICA, Serviço de Vigilância (Org.). Sífilis congênita e sífilis na gestação. **RevistaSaúdePública**, São Paulo, n. , p.768-772, 2008.

ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **RevistaSaúdePública**, Distrito Federal, n. , p.479-486, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Sífilis**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2012**. Distrito Federal, 2012.